Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Anschütz.

Über Lumbalhernien.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

J. Kronen
aus Korschenbroich b. M.-Gladbach.

Kiel 1913.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Anschütz.

Über Lumbalhernien.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

J. Kronen
aus Korschenbroich b. M.-Gladbach.

Kiel 1913.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 78.
Rektoratsjahr 1913/14.
Referent: Prof. Dr. **Anschütz.**
Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. **Lüthje,**
z. Zt. Dekan.

Die Tatsache allein, daß bisher innerhalb eines Zeitraumes von 2½ Jahrhunderten nur 75 Fälle von Lumbalhernien bekannt geworden sind, läßt diese Brüche als ein äußerst seltenes Vorkommnis erscheinen uud macht sie für den Chirurgen und überhaupt für den Mediziner besonders interessant. Im folgenden möchte ich über eine im Jahre 1911 in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik beobachtete doppelseitige, kongenitale Lumbalhernie berichten. Vorher aber möge eine allgemeine Besprechung des Lendenbruches kommen.

Wie der Name besagt, bezeichnet man als Lumbalhernien Brüche, die in der Lendengegend, d. h. der Gegend zwischen 12. Rippe und Darmbeinkamm hervorkommen und im allgemeinen alle Merkmale eines echten Bruches haben, mit Ausnahme des Bruchsackes. Dieser fehlt, wie E. Ruppauner (10) bemerkt, in der Regel; der Franzose Jeannel hätte in 49 Fällen nur siebenmal einen Bruchsack mit Sicherheit nachweisen können. Diese Angabe erscheint glaubhaft, wenn man bedenkt, daß die in der Lumbalgegend vorkommenden Eingeweide, die Nieren, keinen und das Colon ascendens und descendens wenigstens hinten keinen Peritonealüberzug haben.

Vorläufig erwähnt sei hier gleich, daß in der Lendengegend auch Pseudohernien, hernienartige Ektasien der Bauchwand vorkommen; auf diese soll an anderer Stelle näher eingegangen werden.

Wie steht es nun zunächst mit der Bruchpforte der Lendenhernien? Über diese interessante Frage ist in der einschlägigen Literatur viel geschrieben und gestritten worden. Allgemein gilt wohl die Ansicht, daß Lumbalhernien in der Regel in der lateralen Lendengegend

hervorkommen, d. h. der Lendengegend lateral vom M. quadratus lumborum. Hier hat man bis heute fünf schwache Stellen oder vorgezeichnete Bahnen beschuldigt.

1. Das trigonum lumbale inferius oder das Petit'sche Dreieck, das seinen Namen nach dem Franzosen führt, der zum ersten Male genauere Angaben über den Sitz der Lendenhernie brachte. Das Dreieck wird umgrenzt vom lateralen Rand des M. latissimus dorsi, dem hinteren Rand des M. obliquus abdominis externus und dem Darmbeinkamm. Sein Boden besteht aus dem M. obliquus abdominis internus und dem M. transversus abdominis.

2. Das trigonum lumbale superius oder der nach dem Russen Leßhaft benannte Leßhaft'sche Rhombus. Er wird nach R. v. Baracz (4) oben begrenzt vom unteren Rand des M. serratus posterior inferior und dem inneren Rand der 12. Rippe, medial vom M. Erector trunci, lateral vom M. obliquus abdominis internus und dem hinteren Rand des M. obliquus abdominis externus. Der Grund wird gebildet vom medialen aponeurotischen Teil des M. transversus abdominis. — Erwähnen möchte, ich, daß Brüche, die im Leßhaft'schen Rhombus hervorkommen, hier und da auch obere Lendenbrüche genannt werden.

3. Die Durchtrittsstellen der aus dem plexus pudendus stammenden N. cutanei clunei superiores posteriores in der sehnigen Insertion des M. latissimus dorsi.

4. Der Hartmann'sche Schlitz (15) zwischen dem medialen Rand des M. obliquus abdominis internus und den langen, tiefen Lendenmuskeln.

5. Die schwache Stelle Liebers (15) medial neben dem Petit'schen Dreieck, die nach Zurückschlagen des M. latissimus dorsi direkt die fascia lumbodorsalis zum Boden hat.

Braun (4), der 1879 als erster Deutscher eine umfassende Arbeit über die Lumbalhernie mit 28 Fällen veröffentlichte, bemerkt, daß seine Gewährsmänner alle das Petit'sche Dreieck für die Durchtrittspforte gehalten hätten.

Doch er selber mußte an seinem sezierten Fall feststellen, daß das Petit'sche Dreieck überhaupt fehlte, obwohl klinisch die Hernie als eine des Petit'schen Dreiecks erschienen war. Für den Leßhaft'schen Rhombus als Durchtrittsstelle seien beweisende Beobachtungen bis jetzt noch nicht mitgeteilt. Er selber spricht als erster von der Bruchpforte der Durchtrittsstellen der N. cutanei clunei superiores posteriores. Sie sei mit Fett und Bindegewebe erfüllt und könnte durch dieses abnorm erweitert werden. Wolff (14) hält es 1888 für „fraglich, ob durch die Leßhaft'sche schwache Stelle wirklich einmal eine Hernie hervorgetreten sei". 1890 (15) drückt er sich dahin aus, es schiene ihr nicht „eine so allgemeine Bedeutung zuzukommen, als es Leßhaft angenommen hätte". Lieber habe an 16 anatomischen Präparaten der Lendengegend den Rhombus nur ein einziges Mal finden können, dagegen 15 mal das Petit'sche Dreieck. Die Durchtrittsstellen der N. cut. cl. sup. post. als Bruchpforte für Hernien sei von Waldeyer mit der Bemerkung zurückgewiesen worden, die Stellen seien für Herniendurchtritte viel zu eng. Schmidt (12) behauptet 1896, daß das Petit'sche Dreieck nur ausnahmsweise als Bruchpforte benutzt würde. Es sei nicht einmal regelmäßig vorhanden. Häufiger bildeten sich Lumbalhernien unabhängig vom trig. lumb. inf. nach Traumen oder Verschwärungen. Dagegen vertritt Borchardt (2) 1901 den Standpunkt, die Lumbalhernie benutze häufiger das Petit'sche Dreieck als den Leßhaft'schen Rhombus. Direkt bewiesen durch Sektionsbefunde sei allerdings weder der eine noch der andere Raum als Durchtrittsstelle.

Sehr eingehend und sorgfältig behandelte 1902 R. v. Baracz (3) das Thema. Soweit in den beobachteten Fällen überhaupt Angaben über die Bruchpforte gemacht worden seien, sei häufiger das Petit'sche Dreieck genannt. Doch kein Fall sei durch Autopsie bisher bewiesen. Er führt 2 englische Autopsien an, die nach seiner Überzeugung „fast gar keinen Zweifel" ließen, daß in diesen Fällen der Leß-

haft'sche Rhombus tatsächlich die Durchtrittspforte bildete. Ferner erwähnt er noch 4 nicht sezierte Fälle, wo der Leßhaft'sche Rhombus „mit größter Wahrscheinlichkeit" die Bruchpforte bildete. Und schließlich bringt er 3 eigene Beobachtungen, von denen 2 „sicher" als Bruchpforte den Leßhaft'schen Rhombus gehabt hätten, der 3. „höchst wahrscheinlich". So kommt Verfasser zu der Überzeugung, daß die Lumbalhernie häufiger durch Leßhafts als durch Petits Lücke gehe. Um größere Sicherheit und Klarheit in der Frage zu gewinnen, nahmen Baracz und A. Burzynski (4) eine genaue anatomische Untersuchung der Lendengegend an 38 Leichen vor. In den 76 Präparaten wurde das Petit'sche Dreieck nur etwa jedes vierte Mal gefunden. Der Boden war sehr resistent — 2 Muskelschichten! — und hatte keine Lücke zum Durchtritt von Gefäßen und Nerven, so daß es für Baracz „schwer denkbar" ist, daß der Boden des Petit'schen Dreiecks zum Durchtritt einer Lumbalhernie dienen könnte. Der Leßhaft'sche Rhombus wurde in 71 Fällen, also fast konstant gefunden; sein Boden werde oben nur aus der fascia transversalis gebildet und hier sei die dünnste Stelle der ganzen lateralen Lendengegend. Dazu werde diese Partie durch ein Gefäßnervenbündel, der A. und V. und den N. intercostales 12 durchbrochen. Diesem Bündel entlang konnte Baracz „leicht eine geschlossene Schieberpinzette in die Bauchhöhle schieben". Die Perforationsstelle läge bei Betrachtung von der Bauchhöhle aus lateral vom quadratus lumborum einige Millimeter bis 2 Zentimeter unterhalb der 12. Rippe. Sie sei „am meisten geeignet, von den Brustwirbelkörnern stammenden Senkungsabszessen sowie den oberen Lendenhernien die Öffnung zu lassen". An die Bedeutung von Brauns Nervendurchtrittsstelle glaubt der Verfasser nicht. Die Nerven seien zu dünn, legten eine lange Strecke im M. erector trunci zurück und bildeten dazu in ihm ein Geflecht. Dazu fand er an mehreren Leichen in der Sehne des M. lat. dorsi gleich oberhalb der crista ziemlich große Lücken, die dem Ramus

lumbalis der A. und V. ileolumbalis zum Durchtritt dienten. Auch durch diese Lücke konnte Verfasser „mit Leichtigkeit eine geschlossene Schieberpinzette in die Bauchhöhle führen". Daher hält er diese Lücke für „besonders geeignet, zum Durchtritt der Senkungsabszesse und Lendenhernien zu dienen". Hartmanns Schlitz hat er auch mehrere Male gefunden.

Soll aus den teilweise sich widersprechenden Angaben der obigen Autoren, die sich über die Bruchpforte der Lumbalhernie äußern, ein einigermaßen allgemein gültiges Urteil gefällt werden, so wird man sich damit begnügen müssen, zu bemerken, daß nach den Sektionsbefunden und den anatomischen Feststellungen der Leßhaft'sche Rhombus wohl am häufigsten für die Lumbalhernien in Betracht kommt. Für die Geltung des Petit'schen Dreiecks liegen nur klinische, also keine beweisenden Befunde vor; Sektionsbefunde und anatomische Untersuchungen sprechen eher gegen dasselbe. Brauns Nervendurchtrittsstelle ist abzulehnen. Für die anderen schwachen Stellen ist lediglich anatomisch ihr Geeignetsein bewiesen. Die Autoren, die sich nach 1902 über die Durchtrittsstellen der Lumbalhernien geäußert haben, stützen sich auf keine eigenen Beobachtungen und Untersuchungen; auf sie braucht daher nicht näher eingegangen zu werden.

Als eine Besonderheit möchte ich aber noch die Arbeit von Hein (7) erwähnen. Hein notiert als erster auch die Decke des trig. lumb. inf. und sup. und zwar für dieses als Decke den M. lat. dorsi, für jenes die fascia superficialis dorsi, Fett und Haut. Außerdem unterscheidet er bei den Bruchpforten Ein- und Austrittspforten. „Wahrscheinliche Eintrittspforten" seien in erster Linie Lücken unter der 12. Rippe und über dem Darmbeinkamm, in zweiter Linie die Durchtrittsstellen der N. intercostales 12 und des iliohypogastricus.

Den Grund, weshalb die Frage nach der Bruchpforte noch immer nicht entschieden ist, sah Baracz

1. in der Seltenheit des Leidens,
2. in der Schwierigkeit der Feststellung am Lebenden und
3. in dem Mangel an Autopsiebefunden.

Dieselben Gründe gelten auch noch heute. Besonders gilt es, Sektionsbefunde zu sammeln. Von ihnen ist weitere Aufklärung zu erwarten; wohl nur sie sind sicher beweisend. Bis jetzt liegen anscheinend nur 3 Autopsien, 2 englische und eine von Braun, vor.

Wenn es normalerweise vorhandene schwache Stellen für Lumbalhernien gibt, so müssen ihnen doch keineswegs nun alle Lendenbrüche folgen. Man stelle sich nur nach schwerem Trauma entstandene vor! Damit käme ich nun auf die Ätiologie der Lendenbrüche zu sprechen.

Schon Braun stellt aus den ihm bekannten Fällen eine Reihe von Ursachen zusammen: Abszesse, mehrfache Schwangerschaften, bedeutend vermehrte Fettablagerungen in den Bauchdecken, größere Anstrengungen, stärkere oder schwächere Kontusionen und erlittene Verwundungen. Das gilt für die im späteren Leben erworbenen. Verfasser weiß aber auch von kongenitalen, vermutungsweise durch Defektbildungen entstandenen Brüchen. Nach Braun verbreitete sich über die Frage der Ätiologie in eingehender Weise Wolff, Borchardt, de Quervain (6), Baracz und Ruppauner.

Ich möchte hier der empfehlenswerten ätiologisch geordneten Einteilung der Lumbalhernien im wesentlichen mich anschließen, die 1902 Baracz veröffentlichte:

I. kongenitale Lumbalhernien, die intrauterin oder in den ersten Monaten durch Defektbildung der Rippen und Muskeln oder durch Lähmung und Atrophie der Lendenmuskeln entstanden sind;
II. traumatische Lumbalhernien;
III. Lumbalhernien nach Abszessen;
IV. spontane Lumbalhernien.

ad I. Wolff bemerkte 1890, daß jede tatsächliche Grundlage für die Defektbildung bei kongenitaler Hernie fehle. Doch Baracz erhärtet seine Behauptung durch 2 von anderen Autoren, Wyß und Giordano-Novaro, sezierte Fälle. Baracz führt noch 6 hierher gehörige Fälle aus der Literatur an und veröffentlicht auch einen eigenen. Außerdem kennt der Verfasser aus der Literatur 6 angeborene Lendenhernien, wo keine Defektbildung nachgewiesen ist. Seit Baracz' Veröffentlichung habe ich in der Literatur keinen weiteren Fall von sicher kongenitaler Lumbalhernie finden können. Von den 75 mir bekannten Lendenbrüchen sind also nur 15 kongenitale.

Borchardt glaubte, daß mancher als echte kongenitale Lumbalhernie beschriebene Fall für eine sogenannte Pseudolumbalhernie, eine circumscripte hernienartige Ektasie zu halten sei.

Für eine solche hält er „nach den bisher vorliegenden Erfahrungen" jede durch Lähmung und Atrophie von Lendenmuskulatur entstandene hernienartige Lumbalgeschwulst. Baracz vertritt denselben Standpunkt. Ihre beiden veröffentlichten Fälle mögen solche unechten Lendenbrüche sein. Doch de Quervain hat zweifellos recht, wenn er bei der Veröffentlichung eines dritten ähnlichen Falles sagt, es komme weniger auf die Natur des pathologischen Vorganges an, wenn man eine Lendengeschwulst einen Lendenbruch nennen will, sondern mehr auf die Ausdehnung dieses krankhaften Prozesses, durch die die Geschwulst zum Bruch werden muß oder zur Ektasie. Er läßt ausdrücklich auch Lähmung und Atrophie als Ursache angeborener Lendenbrüche gelten und diese Atrophie läge nicht in irgend einer Druckwirkung, sondern in einer Erkrankung der die Gegend der Lumbalhernien versorgenden Nerven, wahrscheinlich gerade des vorderen Astes des 12. Intercostalnerven. Ob diese intrauterin oder in den ersten Lebensmonaten entstandene Erkrankung auf Poliomyelitis anterior acuta oder auf Lues zurück-

zuführen sei, läßt de Quervain dahingestellt. Baracz hält Poliomyelitis anterior acuta oder eine andere spinale Erkrankung für wahrscheinlich.

Interessant ist, was de Quervain über die Unterscheidungsmöglichkeit der durch Defekt oder Atrophie entstandenen Lumbalhernie sagt. Er definiert zunächst einen Muskeldefekt als Mißbildung im engeren Sinne. Muskelatrophie sei dagegen ein degenerativer und somit pathologischer Zustand, der mit Mißbildungen nicht auf dieselbe Linie gestellt werden könne, auch wenn der Prozeß schon bei der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten zur Beobachtung gekommen sei. Anatomisch geben beide Affektionen ein verschiedenes Bild. Bei der Hernie durch Muskeldefekt enthalte die den Bruch bedeckende Wand nur Haut, Fascien und Bauchfell, aber keine Muskulatur; bei der durch Atrophie entstandenen seien wenigstens zunächst noch Muskelfasern vorhanden. Die anatomischen Verhältnisse beider Lendenbrüche gestatteten also eine Unterscheidung. Fände man eine gewisse Kontraktilität oder elektrische Reizbarkeit der Bruchgegend, so sei auch klinisch eine Unterscheidung möglich; es läge dann Atrophie vor. Lasse sich aber keine Kontraktilität in der Gegend mehr nachweisen, so sei die klinische Entscheidung unmöglich. Denn der atrophische Muskel könne völlig reaktionslos geworden sein.

ad II. Hier sind in der Literatur angeschuldigt: Stoßen mit der Wagendeichsel, heftiger Schlag auf den Rücken, Fall auf die Lendengegend, Verschütten mit Erdmassen, eine Schußverletzung usw. Seit Baracz ist anscheinend kein neuer traumatischer Lendenbruch veröffentlicht. Er weiß von 22 Fällen zu berichten. Diese Hernien entständen gewöhnlich unmittelbar nach der Verletzung; die Kranken hätten dabei das Gefühl einer Zerreißung im Leibe.

ad III. Lumbalhernien nach Abszessen sind bis heute zehn bekannt geworden. Baracz erwähnt fünfmal spondylitische Senkungsabszesse als Ursache. Dazu kommt ein

6. Fall von A. Saxl (11) und ein 7. Fall von Anisimow (1). Wolff berichtet in einem eigenen Fall von einem Lendenbruch nach osteomyelitischer Caries des Hüftbeinkammes; noch einen zweiten solchen Fall will er in der Literatur gefunden haben. Hilgenreiner (8) sah einmal einen gespaltenen perinephritischen Abszeß als Ursache. Die Art und Weise, wie die Lendenbrüche nach Abszessen entstehen, sucht sich Wolff so zu erklären, daß der Abszeß eine schon anatomisch vorgeschriebene Bahn erweitere und zwar entweder rein mechanisch oder organisch durch zerstörende Wirkung auf benachbarte Muskelfasern.

ad IV. Spontane Lumbalhernien sind nach Baracz solche mit dunkler Ätiologie. Es handle sich vielleicht um ein schon lange zurückliegendes Trauma; vielleicht auch sei plötzliche Abmagerung nach fieberhaften Krankheiten schuld. Hier sind die übrigen 28 von den 75 veröffentlichten Lendenbrüchen einzureihen.

Im Anschluß an die Ätiologie kommt Baracz auch auf prädisponierende Momente zu sprechen. Es wäre hier an Prozesse zu denken, die die Bauchwand erschlaffen machen, wie Schwangerschaften, Ascites, Fettsucht und dann Kyphosen und Skoliosen, durch die die Ansatzpunkte der Muskeln verschoben würden.

Wie ist nun das Symptomenbild der Lumbalhernien? Braun schildert es etwa folgendermaßen: es sitzt eine taubenei- bis kindskopfgroße Geschwulst zwischen den letzten Rippen und dem Hüftbeinkamm; sie ist von normaler Haut bedeckt, weich, teigig, meist von tympanitischem Klang, bei Druck oder entgegenliegender Seitenlage unter Gurren zurückgehend und wieder hervortretend bei Husten und sonstigen Anstrengungen. Baracz erwähnt noch besonders die Vergrößerung der Geschwulst bei Steigerung des intraabdominalen Druckes und die Repositionsfähigkeit der Geschwulst.

Es handelt sich also durchaus um die gewöhnlichen Bruchsymptome. Das Bild verändert sich etwas, wenn die Hernie sich einklemmt. Dann wird nach Braun der irreponible Tumor fest und schmerzhaft. Es treten schließlich Ileussymptome auf, schwere Stuhlverhaltungen, Koliken, Ohnmachten und schließlich Kotbrechen.

Eingeklemmte Lumbalhernien fand Borchardt zehnmal in 43 Fällen. In einem Fall sei der Kranke unoperiert gestorben; ein anderer sei trotz Operation ad exitum gekommen; drei andere wären nach vorübergehender Kotfistel, wovon zwei künstliche und die dritte eine Spontanfistel gewesen sei, genesen. Nach Borchardt hat Lejars (9) noch eine eingeklemmte Lumbalhernie gesehen und veröffentlicht. Damit wären es also elf eingeklemmte Hernien bei im ganzen 75, so daß man sie wohl ziemlich häufig nennen darf.

Zwei von den gewöhnlichen Bruchsymptomen, der tympanitische Klang und das Gurren, Zeichen, daß Darm in dem Bruchsacke ist, dürfen wohl nicht als die Regel beim Lendenbruch gelten. Denn die Literatur weiß nur von zwei Fällen mit Darminhalt — einmal drei Dünndarmschlingen und Netz und das andere Mal Kolon, Mesokolon und Netz — zu berichten. In allen anderen Fällen schweigt man sich überhaupt aus; nur werden noch einmal beide Nieren in einem Lendenbruche genannt. Die Seltenheit der Angaben über den Bruchinhalt erklärt sich wohl durch die Schwierigkeit, bei Lebenden etwas Sicheres in dieser Beziehung feststellen zu können.

Nach dem Gesagten ist im allgemeinen die Diagnose einer Lumbalhernie auf Grund der charakteristischen Bruchsymptome leicht zu stellen; man braucht nur an eine Hernie zu denken. In der ersten Zeit sind nach Braun Verwechselungen mit Neubildungen, Blutergüssen, Muskelhernien, perinephritischen Abszessen, mit Senkungsabszessen der Wirbelsäule, mit einer Hernia ischiadica uud sogar mit einer Spina

bifida vorgekommen. Durch solche Irrtümer ist, wie Wolff mitteilt, einmal ein Kranker ad exitum gekommen nnd einmal ein anus praeternaturalis verschuldet worden. Auch noch heute wird eine falsche Diagnose dann zu entschuldigen sein, wenn es sich um einen irreponiblen Bruch handelt oder wenn, wie Wolff sagt, Abszeß und Hernie gleichzeitig vorhanden sind.

Ein paar Worte sind noch zur Differentialdiagnose zwischen echtem Lendenbruch und Pseudolumbalhernie zu bemerken. Borchardt stellt folgende Merkmale der Ektasie auf:

1. Der fehlende Bruchring nach Reposition der Geschwulst.
2. Das breitbasige Aufsitzen, das einen Bruchring voraussetzen müßte, dessen Größe in keinem Verhältnis steht zu den Bruchpforten, „wie wir sie selbst bei mannskopfgroßen Hernien an anderen Körperstellen sehen".
3. Die zu große Ausdehnung der Geschwulst. Echte angeborene Lumbalhernien seien nicht mehr als faustgroß, während Pseudohernien den ganzen Raum zwischen zwölfter Rippe und crista einnehmen könnten.

Auch de Quervain äußert sich über die Frage. Sei die Bruchpforte eng, bilde sich ein Bruchsack, und bleibe in diesem der Inhalt auch nach Nachlassen der Bauchpresse, so habe man es mit einer echten Lumbalhernie zu tun. Nur bei ihr könne die Krankengeschichte gegebenenfalls von Einklemmungen und Repositionsmanövern reden. Bei großer Lücke, gleichgültig ob sie durch Defekt oder Atrophie entstanden sei, sei kein eigentlicher Bruchsack vorhanden; eine Vorwölbung trete nur während der Bauchpresse auf. In diesem Fall sei natürlich nie von Einklemmung und Reponierung die Rede. Es handle sich hier nur bedingt um echte Brüche.

Bezüglich der Prognose der Lumbalhernien ist dasselbe zu sagen, was für jeden Bruch gilt. Es ist auch bei dem Lendenbruch stets an die Möglichkeit einer Einklemmung zu denken, wie aus den 11 eingeklemmten bei überhaupt 75 beobachteten hervorgeht. Borchardt glaubt, daß angeborene Lumbalhernien mit zunehmendem Alter spontan heilen könnten; die Muskelplatten vergrößerten und verstärkten sich, schöben sich übereinander und schlössen so den Defekt. Man wird sich aber sicherlich nie auf eine mögliche Spontanheilung verlassen wollen, sondern stets therapeutisch eingreifen.

Es gelten für die Behandlung des Lendenbruches nun auch dieselben Grundsätze wie bei allen anderen Brüchen. Die nicht eingeklemmte Lendenhernie wird nach Reponierung des Bruchinhaltes entweder palliativ mit Pelottenverband zurückgehalten oder es wird, wenn der Zustand des Kranken es erlaubt, eine Radikaloperation gemacht. Eine solche Operation hat heutigentags bei der sorgfältig gehandhabten Asepsis, auch wenn es sich um kleine Kinder handelt, kaum Gefahren.

Beim eingeklemmten Bruch ist Herniotomie zu machen.

Die erste Radikaloperation eines Lendenbruches führte, wie Borchardt mitteilt, im Jahre 1888 der Engländer Owen mit Erfolg aus; das zweite Mal glückte sie dem Engländer Tucker. Die dritte Radikaloperation machte anscheinend der Russe Tereschnikow, die vierte Ruppauner. Letzterer rät bei zu großen Bruchpforten einen plastischen Verschluß zu machen, z. B. durch einen Hautmuskellappen der crista ilei; bei oberen Lendenhernien käme in Frage das obere Dreieck durch einen gestielten Muskellappen aus dem M. sacrolumbalis zu verstärken. Solche Muskelplastik empfahl vor ihm schon de Quervain für den Lendenbruch infolge Muskelatrophie. Bei dieser könne man vielleicht auch etwas durch Verdoppelung der atrophischen Wand erreichen. Plastische Methoden werden aber auch für die Lumbalhernie infolge Muskeldefekt in Frage kommen.

Bezüglich der Pseudohernie oder Ektasie schlägt Borchardt vor, sie nur konservativ zu behandeln; man dürfe annehmen, daß sie bei Kräftigung des Kranken schließlich ausheile.

Hiermit bin ich mit der allgemeinen Besprechung zu Ende. Ich glaube das Wissenswerte und Wesentliche, was ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur über die Lumbalhernien fand, mitgeteilt zu haben. Absichtlich habe ich keine einzelnen Krankengeschichten gebracht. Man findet eine Zusammenstellung von solchen in den Arbeiten von Braun und Borchardt.

Nunmehr veröffentliche ich den in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik beobachteten und behandelten Fall.

15. VI. 11. Ella M., 5 Monate alt, Brustkind. Nahrungsaufnahme gut, doch in der letzten Zeit etwas Durchfall. Dabei schon seit der Geburt meist etwas dünner Stuhlgang.

Das Kind ist nach Angabe der Eltern mit einer Lendengeschwulst in der rechten Seite geboren. Diese sei nicht gewachsen.

Eltern und Geschwister ohne Bruch. —

Gut entwickeltes, lebhaftes Kind mit gutem Fettpolster.

Herz und Lungen gesund.

In der rechten Lumbalgegend sitzt eine etwa faustgroße Geschwulst, welche die rechte Niere und Darm enthält. Der Inhalt ist durch eine etwa fünfmarkstückgroße Öffnung mit geringer Schwierigkeit reponibel. Die Ränder der Bruchpforte sind fest und derb; der mediale Rand geht fast bis an die Wirbelsäule, der obere bis an die 12. Rippe heran, der untere bis zum Beckenkamm.

Abdomen sonst o. B. Insbesondere linke Lumbalgegend und andere Bruchpforten frei. Leichter Stuhl. Darm- und Hautpflege.

Diagnose: Angeborene Hernie der rechten Lendengegend.

19. VI. 11. Darmentleerung gut. Deshalb heute Radikaloperation in Äthernarkose.

Schrägschnitt über die Hernie.

Bruchsack entleerbar; ohne Adhäsionen.

Abtragung des mehrkammerigen Brustsackes. Peritonealnaht.

Dann gelingt es, durch Heranziehen der benachbarten Muskelränder durch kräftige Seidennähte die Bruchpforte vollständig und sehr fest und derb zu schließen, ohne daß irgend eine weiche Stelle bleibt. Hautnaht.

26. VI. 11. Stuhlgang völlig ungestört.

Wunde gut geheilt.

Das Kind wird geheilt entlassen.

14. IX. 11. Am 23. VIII. lassen die Eltern ihr Kind beim Arzt in der Heimat nachuntersuchen, und es wird dort nunmehr in der linken Lendengegend ein Bruch festgestellt, der an 2 Stellen hervortritt und nuß- und walnußgroß ist. Die Eltern legten auf Anraten des Arztes eine Bruchbinde an. Da das Kind dabei aber unaufhörlich schrie, wie die Eltern meinten, wegen heftiger Leibschmerzen, nahmen die Eltern die Binde wieder ab, und das Kind wurde ruhig.

Der Bruch links wird heute durch die Untersuchung in der chirurgischen Klinik bestätigt.

Die Vorwölbungen sitzen unter der 12. Rippe nahe beieinander und sind durch Bruchpforten von entsprechender Größe hervorgetreten. Über der guten Operationsnarbe rechts findet sich beim Pressen eine flache Vorwölbung, aber anscheinend kein Bruch.

Beschaffenheit der Haut und Stuhlgang gut.

16. IX. 11. Radikaloperation in Äthernarkose.

Schrägschnitt über den Bruch.

Eröffnung und Naht der leeren miteinander vereinigten Bruchsäcke.

Auf dieser Seite sind die Bruchränder nicht so fest wie rechts, sondern werden teilweise nur durch sehr dünne Mus-

kulatur gebildet. Es gelingt wohl auch die Pforten durch Muskelaponeurosennähte zu schließen, aber der Verschluß ist lange nicht so kräftig und zuverlässig wie der rechts, so daß ein Rezidiv befürchtet wird.

Hautnaht.

23. IX. 11. Die Operation ist ohne jegliche Störung recht gut vertragen worden. Die Wunde ist per primam geheilt. Das Kind wird entlassen.

Vorliegender Fall erscheint in mehrfacher Beziehung bemerkenswert. Auffallend ist es, daß die Doppelseitigkeit der Hernienbildung nicht zu gleicher Zeit vorhanden war. Gefunden wurde die linke Hernie erst 3 Monate später als die rechte.

Die Bruchpforten waren weder rechts noch links genau festzustellen; es handelte sich beiderseits um obere Lendenbrüche; sie könnten demnach also durch den I. Rhombus gegangen sein.

Sowohl rechts, als auch links konnte ein Bruchsack festgestellt werden, was, wie eingangs bemerkt, keineswegs die Regel ist.

Die Krankengeschichte gehört zu den wenigen, die eine genaue Angabe über den Bruchinhalt aufweist. Der rechte Lendenbruch ist der zweite, in dem eine Niere festgestellt, und der erste, in dem Niere und Darm beobachtet wurde.

Die rechts und links ausgeführte Radikaloperation ist, soweit in der Literatur Angaben über eine solche gemacht werden, die 5. und 6. (Operateur: Herr Prof. Anschütz).

Sehr erfreulich ist, daß allem Anschein nach die Operation sowohl der rechten als auch der linken Hernie einen vollen, dauernden Erfolg hatte. Der rechte Bruch war, wie drei Monate nach seiner Operation hier in der Klinik festgestellt werden konnte, nicht wieder aufgetreten, und im Juli dieses Jahres teilten die Eltern des Kindes brieflich mit, daß sie nach der Operation nie mehr, weder in der rechten noch in der linken Lendengegend, Anzeichen eines Bruches gesehen

hätten. Das Kind ist leider 1 Jahr nach der Operation an Pneumonie zugrunde gegangen. Eine genaue Nachuntersuchung vor Veröffentlichung dieser Arbeit war also nicht möglich.

* * *

Herrn Prof. Anschütz bin ich für die Überlassung der Arbeit und ihre Durchsicht zu Dank verpflichtet.

Literatur.

1. Anissimow, Zur Frage von Lumbalhernien nach spondylitischen Abszessen. Zentralblatt für Chirurgie, Jahrgang 1912, S. 271.
2. Borchardt, Über Lumbalhernien und verwandte Zustände. Berliner klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 49. und 50.
3. R. von Baracz, Über die Lumbalhernien und seitlichen Bauchhernien. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 68, S. 601.
4. Braun, Die Hernia lumbalis. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 24, S. 201.
5. R. von Baracz und A. Burzynski, Über die Lendengegend mit besonderer Berücksichtigung der Durchtrittsstelle der Lendenhernien. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 68, S. 658.
6. Graser, Handbuch der praktischen Chirurgie, Jahrgang 1900, S. 807.
7. Hein, Über die Bruchpforte der Lumbalhernien. Zentralblatt für Chirurgie, Jahrgang 1902, S. 201.
8. Hilgenreiner, Eine Hernie des trigonum Petiti nach Ausheilung eines gespaltenen perinephritischen Abszesses. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 69, S. 338.
9. Lejars, Fall einer eingeklemmten Lumbalhernie. Zentralblatt für Chirurgie, 1906, S. 778.
10. Ruppauner, Zur Casuistik der Lendenhernien. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 96, S. 461.
11. A. Saxl, Spondylitis und Hernia lumbalis. Wiener klinische Wochenschrift, 1909, Nr. 1.
12. Schmidt, Deutsche Chirurgie 1896, Unterleibsbrüche, S. 358.
13. Tereschnikow, Zentralblatt für Chirurgie, 1903, S. 1247.
14. Wolff, Bemerkungen über einen Fall von Lumbalhernie nebst verschiedenen Residuen einer primären infekt. Osteomyelitis. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 25, S. 908.
15. Wolff, Über einen Fall von Lumbalhernie. Berliner klinische Wochenschrift, 1890, Nr. 1.
16. F. de Quervain, Über den seitlichen Bauchbruch. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 65, S. 158.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Jakob Kronen, kath. Konfession, Sohn des Restaurateurs Johannes Kronen, geboren am 16. Juni 1885 zu Korschenbroich, Kreis M.-Gladbach, besuchte bis zu meinem 12. Jahre die Volksschule meines Heimatsortes und dann das Gymnasium zu M.-Gladbach, wo ich im Frühjahr 1907 das Zeugnis der Reife erwarb. Im Anschluß daran besuchte ich ein Semester die Universität Straßburg, diente im folgenden Winterhalbjahr 1907/08 als Einjährig-Freiwilliger beim I. Seebataillon in Kiel, bezog dann die Universitäten in München und Kiel und machte in Kiel das ärztliche Vorexamen im Frühjahr 1910. Hierauf ging ich je ein Semester nach München und Berlin und kehrte dann wieder nach Kiel zurück, wo ich im April 1913 mein medizinisches Staatsexamen bestand. Bis 15. September dieses Jahres war ich als Praktikant an der Kieler Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten tätig.